

Informe Médico
Gastos Médicos - Private Client



Este formato debe de ser llenado y firmado por el médico tratante, así como por cada uno de los médicos interconsultantes que sean distintos al tratante y que participen en la atención del Paciente. Llenar con letra de Molde. Favor de no dejar espacios sin contestar.

ESTE DOCUMENTO NO SERÁ VÁLIDO CON TACHADURAS, ENMENDADURAS Y DE LO DECLARADO INICIALMENTE NO SE ACEPTAN CAMBIOS POSTERIORES.

Tipo de Trámite

Programación de Cirugía Tratamiento Médico y/o Quirúrgico NO Programado Reembolso

Ficha de Identificación

Nombre del Paciente

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre (s)

Sexo: F M Edad: Fecha de Nacimiento: DD / MM / AAAA No. Póliza:

Historia Clínica (Especificar: Diagnóstico, Tiempo de Evolución y Tratamiento)

Antecedentes Personales No Patológicos

Antecedentes Personales Patológicos

Antecedentes Gineco-Obstétricos (En caso de aplicar)

Antecedentes Perinatales (En caso de aplicar)

Padecimiento Actual

De acuerdo a la Evolución Natural de la Enfermedad, favor de indicar la fecha de Inicio de los primeros síntomas.

	Fecha de Inicio
	DD / MM / AAAA
Diagnóstico (s) Definitivo (s)	Fecha de Diagnóstico
	DD / MM / AAAA

TIPO DE PADECIMIENTO

Congénito Adquirido Agudo Crónico Tiempo de Evolución:

¿Se puede relacionar el padecimiento actual con algún otro padecimiento del paciente? No Si

¿Cuál?

Mencione los estudios de laboratorio y/o Gabinete que requirió el asegurado para llegar al Diagnóstico Definitivo

Tipo de Tratamiento

Médico <input type="checkbox"/>	Quirúrgico <input type="checkbox"/>	Consultorio <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Hospitalario <input type="checkbox"/>
---------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Descripción del (los) Tratamiento (s)	Fecha de realización
	DD / MM / AAAA

¿Requirió ingreso a Terapia Intensiva? N Si Ingreso: Egreso:

Motivo de la estancia en UCI:	
--------------------------------------	--

Hospital y/o Clínica de Atención

Nombre:			
Ciudad:		Estado:	
Teléfono		Ingreso:	<input style="width: 100px;" type="text" value="DD / MM / AAAA"/>
		Egreso:	<input style="width: 100px;" type="text" value="DD / MM / AAAA"/>

Datos del Médico que participó en la atención del paciente ya sea como tratante (cirujano) o Interconsultante

Nombre del Médico:	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Céd. Prof.
Especialidad:				Médico Tratante <input type="checkbox"/> Interconsultante <input type="checkbox"/>
Teléfono (s) de Contacto	Consultorio	Móvil	Otro	
E-mail:			Presupuesto:	Pesos Mexicanos

Acepto el tabulador de Honorarios propuesto por la aseguradora y me comprometo a no cobrar diferencias al asegurado, sabiendo de antemano, que cualquier diferencia de Honorarios Médicos o Quirúrgicos cobrada no le será reembolsada a este, por Pan-American México Compañía de Seguros, S. A. El tabulador de Honorarios será proporcionado en todo momento por el Médico Dictaminador y/o Funcionario Autorizado de la Aseguradora.

IMPORTANTE: El Presupuesto del médico, es lo que habitualmente cobra a un paciente particular por la atención médica y/o quirúrgica, este puede diferir completamente de lo tabulado por la Aseguradora, ya que se aplicará el tabulador y la base de honorarios médicos y/o quirúrgicos contemplados en el producto. El presupuesto es solo considerando los Honorarios del Médico Tratante y/o Cirujano, el resto del equipo quirúrgico se tabulará de acuerdo a los porcentajes establecidos para estos, Anestesiólogo 30% y 1er. Ayudante 20% de lo cobrado por el Cirujano

Acepto: No Acepto:

Nombre y Firma del Médico Tratante

Lugar y Fecha:	
-----------------------	--

La información asentada en este documento es proporcionada conforme a la evaluación médica que he brindado al Paciente, a los estudios que le he realizado y a la información que se ha hecho de mi conocimiento, la cual será tratada conforme al Aviso de Privacidad de "LA ASEGURADORA". Como Tratante me comprometo a hacer del conocimiento a "LA ASEGURADORA", de todos los informes que se refieran a la salud del paciente en caso de requerirlos.

Nota: Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a "LA ASEGURADORA".

El llenado de este formato, no obliga a "LA ASEGURADORA" a asumir la obligación de realizar pagos de gastos improcedentes.

FORMULARIO DE RECLAMO



Elección de producto: Pan-American WorldAccess Pan-American PreferredAccess

Para ser completado por el médico tratante

I- INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL:

Nombre del solicitante (apellidos, primer nombre e inicial del segundo)	R.F.C. con homoclave	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso O lb O kg	Estatura O pies O m
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Fumador Sí No Cigarillos por día Cantidad de años fumando

II- INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente (2 apellidos, primer nombre e inicial del segundo nombre)	Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F

Relación con el asegurado principal Cónyuge Hijo Otro

III- DETALLES DEL DIAGNÓSTICO, LESIONES O ACCIDENTES:

Está relacionada esta condición con un accidente? Sí No

Diagnóstico primario y naturaleza de la lesión o enfermedad:

Diagnósticos secundarios y naturaleza de las lesiones o enfermedades:

Tiempo de evolución de la enfermedad

Fecha de la primera consulta médica con referencia a esta condición o accidente

IV- PARA SERVICIOS RELACIONADOS CON UNA HOSPITALIZACIÓN:

Nombre del hospital

Periodo de hospitalización. Desde Hasta

V- INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS:

En conexión con este diagnóstico, enfermedad o accidente, ha usted sometido o someterá reclamos, contra otra póliza de seguros médicos? Sí la respuesta es "Sí", por favor proporcione: Sí No

Condición como asegurado: Titular Dependiente

Nombre de la compañía Número de póliza

